Protokoll der 26. Sitzung des ExpertInnenrates der Bundesregierung zur COVID-19-Pandemie

Datum: 16.08.2022
Zeit: 12:30 – 14:30 Uhr
Ort: Videokonferenz

12 TeilnehmerInnen des ExpertInnenrats: Vorsitzender Prof. Kroemer, stellv. Vorsitzende Prof. Brinkmann sowie die Mitglieder Prof. Berner, Prof. Dötsch, Prof. Drosten, Prof. Kaderali, Prof. Falk, Prof. Karagiannidis, Dr. Nießen, Prof. Sander, Landrat Sternberg, Prof. Streeck

Gäste: AL'in 3 Frau Miehe-Nordmeyer, Bundesgesundheitsminister Lauterbach, Staatssekretärin Frau Draheim, RL'in 312 Frau Jaritz

TOP 1 – Protokoll vom 12.07.2022
Keine Änderungen zum Protokoll der 25. Sitzung

TOP 2 – Aktuelle Lage, Diskussion Infektionsschutzgesetz
Beim Abwassermonitoring zeigt sich eine Plateaubildung bei der 7-Tage Inzidenz. Im Gegensatz zum Juli nähern sich die vom RKI ausgewiesene 7-Tage-Inzidenz und die durch das Abwassermonitoring ermittelte Inzidenz wieder an.

Für wurde gegenüber dem BMG ein Vorschlag zur genaueren Erfassung der Primär- und Nebendiagnose bei COVID-19 von KrankenhauspatientInnen eingebracht: A) COVID-19 als Hauptdiagnose, B) COVID-19 als Nebendiagnose mit Einfluss auf Grunderkrankung und C) keinen Einfluss der SARS-CoV-2 Infektion auf die Grunderkrankung. Die ausführlichen FAQs bieten eine gute Entscheidungsgrundlage bei der Meldeeinschätzung gleichwohl könnte eine Hilfestellung für bestimmte Grunderkrankungen bereitgestellt werden. Dies könnte schnell umgesetzt werden. Zunächst muss jedoch die Zustimmung des BMG erfolgen.

Trotz positiver Entwicklung der COVID-19-Inzidenz zeigt sich die Lage in den Krankenhäusern aufgrund von Personalausfällen und dem Overcrowding in den Notaufnahmen als sehr komplex und zunehmendes systemisches Problem. Ein Problem sei zu geringe Kapazitäten auf den Normalstationen. Ein potentielles Konzept zur Entlastung der Notaufnahmen könnte die Errichtung von Tageskliniken sein, die PatientInnen nach der Behandlung entlassen ohne diese stationär aufzunehmen. Auch weitere Anreizsysteme – wie ein Personalstabilisierungsgesetz für kritische Infrastrukturen, Steuerbefreiung bei Nacht- und Wochenenddiensten – könnte zur Entlastung beitragen. Es wird der Vorschlag gemacht die regionale Vernetzung der Krankenhäuser per Landesgesetz/Verordnung zu regeln.

Bei den Omikron-Subvarianten nimmt die BA.2.75 Variante in Teilen Indiens stark zu. Zur Neutralisation von BA.2.75 nach dritter Impfdosis liegen erste Daten vor, wonach der Escape von BA.5 deutlich höher gegenüber den Subvarianten BA.2 und BA.2.75 ist. Die Fusogenität, die Virusausbreitung in der Lunge infizierter Hamster und die intrinsische Pathogenität von BA.2.75 sind mit denen von BA.5 vergleichbar, jedoch größer als die von BA.2. BA.2.75 zeigt nach aktuellem Datenstand die höchste Affinität zum ACE2 Rezeptor. Zur BA.4.6 Virusvariante liegen derzeit noch keine funktionellen Daten vor. Die Ausbreitung von BA.4.6 nimmt in den USA geringfügig zu, liegt aber hinter BA.4 und BA.5.

Positiv wird die Impfempfehlung der STIKO von über 60-Jährigen zur zweiten Booster Impfung bewertet. Aktuelle Daten, auch von hätten für den betroffenen Personenkreis gezeigt, dass eine 2. Auffrischungsimpfung schwere Krankheitsverläufe und auch Todesfälle weiter reduziert (nach einer dritten Impfung zeige sich bereits ein sehr guter Schutz, der nach einer vierten Impfung jedoch noch besser sei). Für die Dauer von 28 Tagen nach einer frischen Impfung liege zudem ein guter Schutz vor einer Infektion vor (JAMA Publikation Health Care Workers). Man könne davon ausgehen, dass der Schutz vor Ansteckung ca. 3 Monate bestünde. Wichtig sei für Personen Ü60, nicht auf die Verfügbarkeit adaptierter Impfstoffe zu warten. Für Anfang September wird mit der Zulassung von

bivalenten Impfstoffen gerechnet. Ab Anfang Oktober solle die Zulassung von monovalenten BA.4/BA.5 Impfstoffen folgen. Wichtig sei zu betonen, dass die STIKO Empfehlung für über 60-Jährige keine 4. Impfung nach einer neuerlichen SARS-CoV-2 Infektion empfiehlt.

Differenzierte und nachvollziehbare Empfehlungen sowie eine gute Beratung in Bezug auf die im Herbst zur Verfügung stehenden unterschiedlichen Impfstoffe wird als große kommunikative Herausforderung gesehen, die dringend angenommen werden muss. Zum Beispiel auch die Frage, wer sich wann nach einer Infektion erneut impfen lassen sollte und nach welchem Zeitraum. Eine sorgfältige Kommunikationsstrategie ist deshalb dringend erforderlich.

TOP 3 – Entwicklung und aktuelle Lage Affenpocken

Das Affenpocken Virus ist ein Orthopocken Virus – es ist ähnlich zu anderen Pocken und wurde 1958 erstmals in Dänemark an Affen getestet, daher der etwas irreführende Name. Natürliche Wirte sind vorrangig Nagetiere. Erstmals wurde das Virus 1970 auf einen Menschen übertragen. Der derzeitige Anstieg in Endemiegebieten ist wahrscheinlich vorrangig auf den nachlassenden Schutz der Pockenschutzimpfung zurückzuführen. Insbesondere für Kleinkinder stellt das Virus eine Gefahr dar bis hin zu einem tödlichen Verlauf. Primäre Fokusgruppe des aktuellen Ausbruchsgeschehens ist weiterhin die MSM-Community. Aktuell wurden 3.242 identifizierte Affenpockenfälle (Großteil in Berlin) an das RKI übermittelt, wovon in 11 Fällen Frauen betroffen sind. Aufgrund strikter Isolations- und Quarantäneregeln (21 Tage Isolation) stagnieren in Deutschland die Fallzahlen. Die Detektion der Fälle erfolgt i. d. R. über primär auftretende lokale Hautläsionen, die sehr schmerzhaft sein können. Weitere Symptome sind Fieber, Abgeschlagenheit und Schwellung der Lymphknoten. Neben dem engen Hautkontakt kann eine Übertragung auch durch Körperflüssigkeiten (z. B. Sperma) erfolgen (Thornhill et al., NEJM 2022).

Die Wirksamkeit des Pockenimpfstoffs IMVANEX bzw. JYNNEOS speziell für Affenpocken ist nicht eindeutig. Da er für die Pocken entwickelt wurde gibt es bislang keine klinischen Studien zu Affenpocken. Die STIKO empfiehlt die Schutzimpfung sowohl zur postexpositionellen Prophylaxe als auch zur Indikationsimpfung gegen Affenpocken. Aufgrund der Impfstoffverfügbarkeit (45.000 Impfstoffdosen aktuell; weitere 200.000 Impfstoffdosen erwartet) wird zunächst ein prime Boost verimpft und die zweite Impfung zum vollständigen Impfschutz nicht bevorratet. Wichtig wäre diesbezüglich zu kommunizieren, dass eine 2. Impfung, auch wenn sie gerade nicht vorgesehen ist, notwendig sein könnte. Um die Effizient der Impfung zu zeigen wurde bereits eine Studie initiiert (SE MVA[c]). Im Rahmen einer Studie zur Impfung wurden 130.000 bis 180.000 Personen mit einem höheren Ansteckungsrisiko identifiziert.

Neben den bestehenden Veröffentlichungen des RKI und der BZgA sollten auch niedrigschwelligere Informationen verfügbar sein. Als positives Beispiel wird die „ Gib AIDS keine Chance" Kampagne der BZgA angesprochen, die zur Entstigmatisierung und Aufklärung von HIV beigetragen hat.

TOP 4 – Reorganisation der medikamentösen COVID-19 Behandlung

Die Stellungnahme soll alle antiviralen Medikamente von COVID-19 gleichermaßen berücksichtigen und nachhaltige Konzepte aufzeigen, die ggf. auch auf Influenza Erkrankungen ausweitbar wären. Derzeit sind drei Medikamente erhältlich, wovon bei zwei Medikamenten die Einnahme oral erfolgt - Lagevrio (Molnupiravir) und Paxlovid sowie das intravenös zu verabreichende Remdesivir. Gerade bei der Abrechnung zeigten sich im Krankenhausalltag Probleme mit Remdesivir. Anders als bei Paxlovid muss die Kostenerstattung bei Remdesivir nachverhandelt werden, wodurch das Medikament zögerlich gegeben werde. Dies ist dringend zu verbessern, gerade Lungentransplantierte sind nach wie vor hochgefährdet und profitieren sehr von Remdesivir.

Es folgt eine Darstellung der Maßnahmen, die in der Stellungnahme einen verbesserten Zugang zu antiviralen Medikamenten von COVID-19 bewirken sollen. In Bezug auf die Wirksamkeit der antiviralen Medikamente auf eine Long/Post-COVID Erkrankung

Hier bedarf es Studien, die diesen Rebound Effekt, der auch bei anderen viralen Erkrankungen auftritt, untersuchen.

TOP 5 – Verschiedenes

Das nächste Meeting wird am **29. August im Bundeskanzleramt** in Präsenz stattfinden. Nähere Informationen sowie eine offizielle Einladung wird durch die Geschäftsstelle erfolgen. Das darauf folgende Meeting wird am **13. September, um 13:00 Uhr als Videokonferenz** stattfinden.

Protokoll der 27. Sitzung des ExpertInnenrates der Bundesregierung zur COVID-19-Pandemie

Datum: 29.08.2022
Zeit: 10:00 – 13:10 Uhr
Ort: Internationaler Konferenzsaal

15 TeilnehmerInnen des ExpertInnenrats: Vorsitzender Prof. Kroemer, stellv. Vorsitzende Prof. Brinkmann sowie die Mitglieder Prof. Betsch, Prof. Berner, Prof. Buyx, Prof. Dötsch, Prof. Drosten, Prof. Falk, Prof. Kaderali, , Prof. Karagiannidis, Dr. Nießen, Dr. Priesemann, Prof. Sander, Landrat Sternberg, Prof. Streeck

Gäste: ChefBK, Abteilungsleiterin 3 Frau Miehe-Nordmeyer, Bundesgesundheitsminister Lauterbach, Abteilungsleiter Leitungsabteilung BMG Herr Velter, RL'in 312 Frau Jaritz

TOP 1 – Protokoll vom 16.08.2022
Tagesordnungspunkt kam nicht zur Aussprache und wird in der nächsten Sitzung am 27. September angesprochen.

TOP 2 – Aktuelle Lage
ChefBK dankt für die letzten Stellungnahmen, die eine große Unterstützung bei der Konzipierung des COVID-19-SchG waren und dem damit vollzogenen Strategiewechsel – weg vom Containment und hin zur Protektion sowie Mitigierung – beigetragen haben.

Aus Sicht des Corona-ExpertInnenrates sollte in der „Verordnung zur Krankenhauskapazitätssurveillance und zur Änderung der DIVI-IntensivRegister-Verordnung" die Gesamtzahl der mit Personal betreibbaren Betten aufgenommen werden, da durch die Abbildung dieses Indikators die regionale Belastung der Krankenhäuser dargestellt werden könnte. Zur genaueren Erfassung der Primär- und Nebendiagnose bei COVID-19 von KrankenhauspatientInnen wurde erneut folgende dreiteilige Abbildung gefordert: A) COVID-19 als Hauptdiagnose mit primärer Lungenbeteiligung, B) COVID-19 als Nebendiagnose mit Einfluss auf Grunderkrankung und C) SARS-CoV-2 Infektion ohne Einfluss auf die Grunderkrankung. Zu berücksichtigen ist eine bürokratiearme Erfassung in den Krankenhäusern.

Beim Abwassermonitoring zeigt sich eine Annährung der 7-Tageinzidenz, die durch das RKI abgebildet wird, und der durch das Abwassermonitoring ermittelten Inzidenz. Über das Abwassermonitoring zu beobachten bleibt insbesondere die Entwicklung der Inzidenz in den nächsten 14 Tagen, wenn deutschlandweit die Schule begonnen hat. Im Vergleich zum Sommer 2021 zeigt sich im Sommer 2022 ein deutlicher Anstieg der hospitalisierten COVID-19 PatientInnen in den Krankenhäusern von NRW.

Von den Mitgliedern des ExpertInnenrat wird die Investition in die Weiterentwicklung und insbesondere Forschung bzgl. nasaler transmissionsreduzierender Impfstoffe an die BReg adressiert. Das Nasenspray müsste alle drei Monate verwendet werden und baut direkt an den Schleimhäuten die Immunität auf.

BM Lauterbach gibt einen Überblick bzgl. der Impfstoffbestellungen und der angepassten Impfstoffe für Herbst/Winter. Demnach hat das BMG 10 Mio. Dosen des bivalenten BA.1-Impfstoffs und 70 Mio. Dosen des bivalenten BA.4/5-Impfstoffs bestellt. Wichtig sei in der Kommunikation, dass voraussichtlich beide Impfstofflinien ein ordentliches Zulassungsverfahren bei der EMA durchlaufen, womit beide Impfstoffe im Hinblick auf ihre Nebenwirkungen sichere Impfstoffe sind. Zu bedenken ist, dass wahrscheinlich keine STIKO Empfehlung für die angepassten Impfstoffe veröffentlicht wird, bevor diese am Markt erhältlich sind. Auch die Kommunikation – warum jetzt noch eine Impfung – muss mitgedacht werden.
Hinsichtlich der Virusvarianten wird die Omikron BA.5 Variante wahrscheinlich im Herbst dominant bei den Neuinfektionen sein. In den USA gibt es zusätzlich Ansteckungen mit der BA.46 Variante, jedoch sind derartige Sublinien eher lokale Phänomene. Die BA.5 Variante zeige sich in der Immunescape deutlich erhöht. Eine dänische Studie habe für die BA.5 Variante eine ähnliche Virulenz wie für die COVID-19 Alpha Variante nachgewiesen. Die Nordhalbkugel wird BA.5 zum ersten Mal im Winter

durchlaufen, wenn die Kontaktnetzwerke der Bevölkerung anders als im Sommer sind. Hinzu komme, dass der Antigen-Schnelltest die ersten 3 Tage falsch negativ ist und das Virus dadurch weitergetragen werde.

Bei der Modellierung zeige sich ein deutlicher Unterschied der BA.5 Welle. Diese sei deutlich kürzer als vorherige Welle gewesen, was ein Indiz für eine endemische Welle sein kann. Derzeit sei die Lage schwierig zu prognostizieren, ob sich BA.2.75 in DEU durchsetzen könnte.

TOP 3 - Weiteres Vorgehen bezüglich der Aktivität „Lessons learned"
Stellungnahme soll weiterverfolgt werden. Ggf. könnten Pandemiepläne der Bundesländer eine gute Basis sein. Ziel sei keine einseitige Betonung von negativen Aspekten, es gehe um eine neutrale Bewertung von Verbesserungspotenzialen. Einzubeziehen sind ggf. strukturelle Probleme.

TOP 4 - Feedback zur Umsetzung der 5. und 11. Stellungnahme
Bei der Gesundheits- und Risikokommunikation werde eine arrondierte Kommunikationslinie der BReg durch die unterschiedliche Bewertung der Herbst/Winter Lage erschwert. Wichtig sei über den Sommer hinweg zu betonen, dass keine endemische Lage vorzeitig eintreten wird. Geplant ist für Anfang Oktober eine einheitliche Information von BK, BMG und Mitgliedern des ExpertInnenrat zur Kommunikationsstrategie. Die Kommunikationskampagne des Bundes richtet sich an folgende drei Zielgruppen 1.) über 60-Jährige, 2.) medizinisches Personal und 3.) jüngere Personen. Die erste Gruppe wird gezielt über die Krankenkassen angeschrieben und über die Möglichkeit einer 4. Auffrischimpfung informiert. Das medizinische Personal wird zu den angepassten Impfstoffen, der Impfstoffverfügbarkeit etc. informiert. Die dritte Gruppe soll durch einen „Furchtappell" zur Aufklärung der Folgen einer Long-COVID Infektion sensibilisiert werden.

Der ExpertInnenrat erinnert an die Entflechtung der Politik- und Gesundheitskommunikation. Eine klare Botschaft stelle auch für die politischen Entscheidungsträger eine Entlastung dar. Der Einsatz eines Furchtappells bzgl. einer potenziellen Gefahr von Long COVID wird vom ExpertInnenrat kritisiert. Wichtig sei für Long COVID primär die Bereitstellung von Informationsmaterial (Leitfragen: Was habe ich? Wohin wende ich mich?). Auch ÄrztInnen und Pflegepersonal sollten mehr eingebunden und besser informiert werden, um Fehlinformationen entgegen zu wirken.

ChefBK regt an, dass Mitglieder des ExpertInnerates vom BMG gezielt beratend bei der Erarbeitung der Herbst/Winter Kampagne eingebunden werden.

TOP 5 - Weitere Entwicklung ExpertInnenrat
Aus Sicht der B.Reg sind bestimmte Auswirkungen – wie beispielsweise der Astrozyten-Befall und der damit einhergehende neurologische Schaden - einer COVID-19-Infektion noch nicht hinreichend erforscht. Unklar seien auch die Auswirkungen von Mehrfach-Infektionen bei Kindern. Von Seiten der BReg wird angeregt, dass der Sitzungsrhythmus angepasst werden könnte. Die Stellungnahmen und Beratungen könnten eine wichtige Unterstützung für die nächste Überarbeitung des IfSG sein, die spätestens bis zum 7. April vollzogen sein muss.

Auf Kritik stößt, dass komplexe Katastrophenlagen teilweise vom Bund nicht ganzheitlich betrachtet werden. So fehlte bei einer Konferenz zur allgemeinen Katastrophenlage des BBK die Bundeswehr. Im Herbst/Winter werden mehrere Krisen zusammenlaufen. Diese zeige sich z. B., wenn Impfzentren in der Fläche nicht zu halten sind und Gemeindehäuser aufgrund der Energieknappheit schließen würden. Die COVID-19-Pandemie kann derzeit nicht als alleinstehende Krise betrachtet werden.

TOP 6 – Verschiedenes
Folgende Sitzungstermine sind im Jahr 2022 vorgesehen: 27. September, ab 12:30 Uhr, 25. Oktober, 22. November, 13. Dezember, jeweils ab 13:15 Uhr.

Protokoll der 28. Sitzung des ExpertInnenrates der Bundesregierung zur COVID-19-Pandemie

Datum: 27.09.2022
Zeit: 12:30 – 14:30 Uhr
Ort: Videokonferenz

15 TeilnehmerInnen des ExpertInnenrats: Vorsitzender Prof. Kroemer, stellv. Vorsitzende Prof. Brinkmann sowie die Mitglieder Prof. Betsch, Prof. Berner, Prof. Buyx, Prof. Dötsch, Prof. Falk, Prof. Hertwig, Prof. Kaderali, Prof. Karagiannidis, Prof. Mertens (bis 13 Uhr), Prof. Meyer-Hermann, Dr. Nießen, Dr. Priesemann, Prof. Sander, Landrat Sternberg, Prof. Streeck

Gäste: Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Lauterbach, Abteilungsleiter Leitungsabteilung BMG Herr Velter, GL 31 i. V. Herr Dr. Bertuleit

Geschäftsstelle: Paape

TOP 1 – Protokoll von 26. Sitzung (16.08.2022) und 27. Sitzung (29.08.2022)
Zustimmung zum Protokoll der 27. Sitzung, Zustimmung zum Proktoll der 26. Sitzung mit einer Streichung (der öffentlichen Darstellung der Abwasserdaten, die erst erfolgen soll, wenn die Daten robuster dargestellt werden können).

TOP 3 - Synthese der Modellvorhersagen für den Herbst
Die aktuelle sich anbahnende Welle wird wahrscheinlich ihren Peak Ende November bis Mitte Dezember haben, hier besteht aber eine hohe Unsicherheit dieser Vorhersage. Insgesamt sind derartige Modellierungen zur Zeit sehr schwierig, da die Bevölkerungs-Immunität in Folge einer Infektion mit den Omikron Varianten BA.1/2 und BA.4/5 bzw. der Impfung zum jetzigen Zeitpunkt unklar ist. Offizielle Angaben gehen davon aus, dass etwa 7% der dt. Bevölkerung eine BA.4/5 Infektion durchgemacht hat. Unter Berücksichtigung der Zahlen des Abwassermonitorings und Daten aus der Datenspende [geschwärzt] ist dieser Faktor jedoch 2-5fach höher (Dunkelziffer).

In sechs Modellierungsgruppen wurden drei verschiedene Szenarien analysiert:

- Das erste Szenario beschreibt die Situation ohne eine neue SARS-CoV-2-Variante bzw. ohne nennenswerte neue Eigenschaften des Virus. In diesem Szenario würde es im Laufe des Winters aufgrund der saisonalen Beschaffenheit zu einer Welle kommen, die relativ schnell wieder abebbt.
- Das zweite Szenario sieht eine neue Variante vor, die ansteckender ist, jedoch nicht zu einer höheren Krankheitsschwere führt. Aufgrund der erhöhten Infektiosität gegenüber Omikron würde es zu einer deutlichen Welle - rd. 50 bis 80 % mehr Infektionen im Vergleich zur saisonalen Vorjahreswelle – kommen. In diesem Fall würde die Krankenhausbelastung deutlich zunehmen.
- Die dritte Variante sieht eine völlig neue SARS-CoV-2.Variante vor und wurde in der Sitzung nicht tiefergehend besprochen.

Eine untergeordnete Rolle dürfte die BA.2.75 Variante trotz höherer Immunflucht spielen, da Länder wie Australien einen höheren Anteil BA.2.75 Neuinfektionen hatten, die sich aber nicht in einer ausgeprägten Welle gezeigt haben.

TOP 2 – Aktuelle Lage
Parallel zur 7-Tage-Inzidenz nimmt auch die Hospitalisierungsrate der COVID-19-PatientInnen zu. In der Praxis zeigt sich, dass zweifach Geimpfte ein akutes Lungenversagen (ARDS) erleiden können – die Wichtigkeit der 3. Impfung sollte noch einmal betont werden (siehe auch weiter unten).
Die Anbindung der Krankenhäuser an DEMIS ist gelungen. Die Belegung der Normalstationen über DEMIS wird durch 1260 Krankenhäuser übermittelt und soll über den Pandemieradar des RKI ab Freitag, den 30.09.22, veröffentlicht werden.
Das BMG berichtet, dass sich die Abgabe von Paxlovid insbesondere in Alten- und Pflegeheimen verdreifacht (rd. 10.000 PatientInnen pro Woche) habe. Gerade die Verabreichung durch HausärztInnen und die Lagerung vor Ort in Alten- und Pflegeheimen habe einen positiven Effekt.

Vom BMG ist für den 10.10.22 die Veröffentlichung der Herbst/Winter Impfkampagne geplant. Aufgrund der vielseitigen Empfehlungen zu Corona-Schutzmaßnahmen, die vor dem Hintergrund der Novellierung des IfSG voraussichtlich zunehmen werden, wäre eine klare Übersicht zur Thematik - für wen gelten welche Schutzmaßnahmen - z. B. im Sinne eines Ampelsystems sinnvoll. Diese Kommunikation könnte durch das BMG oder RKI erfolgen.

Unklar sind derzeit noch Fragen in Bezug auf die Reinfektion mit BA.5 – wie gut ist und wie lange besteht nach Infektion mit BA.5 oder Impfung mit den angepassten Impfstoffen der Schutz vor einer (erneuten) BA.5 Infektion. Aussagen über die individuell notwendige Anzahl neutralisierender Antikörper (die im Blut gemessen werden) um von einem Infektionsschutz vor BA.5 auszugehen sind schwer zu prognostizieren, da nicht bekannt ist bzw. nicht gemessen wird, wieviele Antikörper auf den mukosalen Oberflächen vorhanden sind. Teilweise hätten Personen durch die Impfung und durchstandene Infektionen einen guten mukosalen Schutz. Insgesamt gibt es jedoch ein niedriges Evidenzniveau zu immunologischen Aspekten der Immunität, die vor Ansteckung schützt. Neutralisierende Antikörper sind nur ein Teil der Immunität (Verhinderung einer Infektion), die durch nicht-neutralisierende Antikörper und T-Zellen bei der Immunantwort gegen das Spike-Protein ergänzt wird.

Die Ergebnisse einer Studie von Cao et al. (https://doi.org/10.1101/2022.09.15.507787) zur Evolution der Omikron-Sublinien weisen aufgrund konvergenter Spike-Mutationen auf einen zunehmenden Immundruck hin – Mutationen treten an den gleichen Stellen in verschiedenen Ländern auf. Dies muss genau beobachtet werden. In GBR hat sich die BQ.1.1 Variante durchgesetzt, die 5 neue Mutationen aufweist, und weiterhin eine sehr gute Bindung an den ACE2 Rezeptor zeigt. Bei der BQ.1.1 Variante zeigt der alte Impfstoff (Wuhan Spike), auch bei 3fach Geimpften, keine gute Neutralisation. Die Neutralisation durch den BA.4/BA.5 adaptierten Impfstoff ist bei den „Mausdaten" besser – wobei erste humane Daten erst noch erwartet werden. Impfungen mit den neuen adaptierten Impfstoffen zeigen eine gute Neutralisation gegen die Omikron Varianten. Die Immunität lässt bei Geimpften über die Zeit deutlich nach. Nach der dritten Impfung steigen die neutralisierenden Antikörper deutlich. Auf der individuellen Ebene zeigt sich, dass es high und low Responder gibt, die im unterschiedlichen Ausmaß Antikörper bilden. Für einen guten Immunschutz sind demnach auch laut STIKO drei Impfungen essentiell. Zusammenfassend ist zu befüchten, dass das Infektionsgeschen über den Herbst/Winter sehr hoch sein wird.

Die Bedeutung der (Haus-)ÄrztInnen wurde in Bezug auf die Impfaufklärung betont. Unter anderem finden Webinare in Zusammenarbeit mit dem Hausärzteverband zur COVID-19-Therapie und -Impfung statt. Angemerkt wird aus der Runde der ExpertInnen, dass die Kommunikation zum Thema Impfen immer noch nicht gut sei – z.B. sei großen Teilen der Bevölkerung nicht bewusst, wie hoch der Konsens unter ÄrztInnen zur COVID-19 Impfung ist. Nach wie vor gilt, dass Inhalte einfach und gut kommuniziert werden müssen. Hier bestünde weiterhin viel Luft nach oben.

Dringlich angemerkt wird ebenfalls eine bis dato nicht erlebte Belastung der Personalsituation durch Personalmangel im Gesundheitssystem – die Funktionseinschränkungen sind gravierend. Beim Krankenhauspersonal zeigt sich eine erneute Zunahme der COVID-19-Infektionen, was in der ohnehin sehr angespannten Personalsituation die Kliniken vor große Herausforderungen stellt. Ein Problem ist, dass Beschäftigte der Arbeit fernbleiben, wenn ihr Schnelltest nach 10 Tagen immer noch positiv ausfalle, obwohl von ihnen zu diesem Zeitpunkt kein Ansteckungsrisiko mehr ausgehe. Die Auslegung der aktuellen Regeln zur Isolationspflicht erfolgt selbst [geschwärzt] extrem heterogen. Es fehlt eine klare Kommunikation, wann wer wie wieder Arbeiten soll. Die Mitglieder des ExpertInnenrates empfehlen daher eine klare Kommunikation zur Isolationspflicht durch das RKI – insbesondere für Berufsgruppen im medizinischen Bereich.

Es wird ebenfalls empfohlen, die BA.4/5 Boosterimpfung eindringlich für medizinisches Personal zu empfehlen, ebenso die Grippeimpfung.

TOP 4 - Long Covid und Arbeitsunfähigkeit

Eine Auswertung vom [redacted] hat ergeben, dass 3,8 % [redacted] in Folge einer Long COVID oder Post-COVID-Symptomatik arbeitsunfähig waren. Ein Großteil der Long COVID Fälle (96 %) sind abgeschlossen bzw. therapiert. Bei einem kleinen Anteil (6 %) ist die Behandlung noch nicht abgeschlossen. Fokusgruppe dieser Post-COVID Erkrankung sind über 50-jährige Personen, die zum Großteil bereits eine Vorerkrankung haben.

Long COVID umfasst derzeit ein breites Spektrum körperlicher und psychischer Beeinträchtigungen, wie das chronische Fatigue-Syndrom, in der Folge einer akuten SARS-CoV-2 Infektion. Ein einheitliches Krankheitsbild lässt sich nicht eingrenzen. Das heterogene Krankheitsbild erschwert die Therapie erheblich, da keine einheitlichen Rehabilitationsmaßnahmen getroffen werden können. Teilweise würde den PatientInnen Bewegung sehr guttun. Allerdings leiden einige PatientInnen am Post-Exertional Malaise Symptom, bei dem sich verstärkte Aktivität kontraproduktiv auswirken kann.

TOP 5 - Mögliche weitere Stellungnahme

Zur Zeit ist keine weitere Stellungnahme beabsichtigt, da die erwartete Pandemieentwicklung zum jetzigen Zeitpunkt schwer einzuschätzen ist.

TOP 6 – Verschiedenes

Für die Sitzung im Dezember wird eine Präsenzsitzung in Schwerin vorgeschlagen.

Folgende Sitzungstermine sind im Jahr 2022 vorgesehen: 25. Oktober, 22. November, 13. Dezember (wird erneut abgefragt), jeweils ab 13:15 Uhr.

Tagesordnung der 29. Sitzung des ExpertInnenrats der Bundesregierung zur COVID-19 Pandemie

Datum: 25. Oktober 2022
Zeit: 13:15 Uhr bis 15:30 Uhr
Virtuelles Treffen
Corona-ExpertInnenrat (insg. 15 Teilnehmende): Prof. Dr. Betsch, Prof. Dr. Brinkmann, Prof. Dr. Buyx (bis 14:56 Uhr); Prof. Dr. Dötsch, Prof. Dr. Falk; Prof. Dr. Hertwig, Prof. Dr. Karagiannidis; Prof. Dr. Kroemer, Prof. Dr. Mertens, Prof. Dr. Meyer-Hermann, Dr. Nießen, Prof. Dr. Priesemann, Prof. Dr. Sander, Sternberg, Prof. Dr. Streeck.

Gäste: ChefBK (bis 14:40 Uhr), Al'in 3 Dr. Miehe-Nordmeyer, RL'in 312 Jaritz, BM Lauterbach (bis 14:45 Uhr), St'in Draheim

Geschäftsstelle: Dr. Bug, Paape

TOP 1: Tagesordnung und Protokoll vom 27.9.2022

TO mit Informationsbitten aus BK angenommen.
Protokoll der 28. Sitzung ohne Änderung angenommen.

TOP 2: Aktuelle Lage

Allgemeine Lage bezogen auf CORONA-Pandemie: Aktuelle Welle entspricht grundsätzlich der vorhergesagten Saisonalitätswelle. Die Pandemieeentwicklung verläuft in den Bundesländern erstmals parallel. Das Abwassermonitoring in NRW zeichnet diese Entwicklung gut nach.

Varianten: Die zahlreichen Varianten weltweit akkumulieren ähnliche Mutationen über die Zeit mit einer Wirkrichtung hin zur Immunflucht. Die Varianten haben sich dabei lediglich in den Bereichen stark verändert, die für die Infektion relevant sind (Spikeprotein). Die individuelle Immunität durch Impfungen/Infektionen dürfte aber weiterhin vor schweren Erkrankungen schützen (die T-Zell-vermittelte Immunität bleibt bestehen). Die BQ.1 und BQ.1.1-Varianten haben einen Wachstumsvorteil ggü. der BA.5-Variante, der Anstieg verläuft jedoch langsamer als bei der Delta- und den frühen Omikron-Varianten. Neue Varianten können in Deutschland zwischen Mitte November und Mitte Januar 50 % der Neuinfektionen ausmachen, wahrscheinlich etwa Ende November oder Anfang Dezember. Saisonalität (insb. das Wetter und damit einhergehendes Sozialverhalten) und der Modus des Fußball-WM-Schauens erschweren Prognosen für den Herbst/Winter. Die Variante BQ1.1 verbreitet sich derzeit vor allem in Afrika/Amerika/Europa. Variante XBB verbreitet sich derzeit hauptsächlich in Asien/Ozeanien. Für November/Dezember wird mit ansteigenden Infektionszahlen gerechnet, es besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit für Re-Infektionen mit BA.5.

Situation in Krankenhäusern: Die Kumulation aus

- etwas höherer Hospitalisierungsrate durch die Variante BA.5 im Vergleich zu BA.2,
- erwarteten gesamtgesellschaftlichen „Nachholinfektionen" mit Influenza und Pneumokokken,
- erkranktem Gesundheitspersonal (und dessen Kinder),
- weniger Bereitschaft zu Überstunden nach zweieinhalb Jahren Pandemie,
- sowie den einsetzenden Folgen des demografischen Wandels auch im Gesundheitssektor

gefährden den Normalbetrieb in Krankenhäusern. Entsprechend sind jetzt bereits 83% der betreibbaren Betten belegt (normalerweise sind es Ende Oktober nur ca. 70%). Aktuell ist der niedrigste Stand an freien Intensivbetten erreicht. Krankenhäuser sehen sich mit wachsenden Finanzproblemen konfrontiert. Diskussion über „Marker" für eine Überlastung der Intensivstationen

(bei unter 10 % ITS-Betten wird die Lage kritisch; bei unter 5 % ITS-Betten faktische Handlungsunfähigkeit).

Krankheitsschwere und Behandelbarkeit von COVID-Infektionen: BA.5/Omikron führt seltener zu schweren Verläufen, wenn doch, dann sind die Verläufe ähnlich zu früh dominanten Varianten (Sterblichkeit unter Beatmeten 50%, unter lediglich hospitalisierten PatientInnen 13%). ExpertInnenrat hat zusammen mit RKI und Hausärzteverband ein Online-Tool zur Entscheidung des Einsatzes von Paxlovid entwickelt. Die Nebenwirkungen von Paxlovid sind gering. Tool klärt über die relevanten Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten und alternativer Medikation auf. Für die Verabreichung reicht künftig ein positiver Schnelltest (Antigentest).

Lehren aus den Zwischenbefunden der Immunebridge-Studie: Eine gut schützende Immunität fußt auf mindestens drei Antigenexpositionen (ggf. als Kombi aus Impfungen/Infektionen) wobei eine der Expositionen 2022 stattgefunden haben sollte. Die regionale Verteilung der Expositionen ist in Westdeutschland höher. Die Reinfektionswahrscheinlichkeit durch BA.5 wird durch eine BA.5-Infektion deutlich vermindert – die BA.5-angepasste Impfung weist hingegen schwächeren Schutz vor einer Infektion auf.

„Laborstudie": In einem Preprint haben Wissenschaftler (Erstautor aus Würzburg) Daten zur vermeintlichen Labor-Herkunft des SARS-CoV-2 Virus veröffentlicht. Demnach sei das Virus zu 99,9% eine künstlich manipulierte Kopie eines natürlichen Virus. Kernaussage des Preprints ist, dass das Genom von SARS-CoV-2 ein „auffälliges Muster" an Schnittstellen für bestimmte Restriktionsenzyme (BsaI und BsmBI) aufweist und daher mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht durch natürliche Evolution entstanden ist. Die Autoren kommen aufgrund statistischer Analysen zu dem Schluss, dass dieses Schnittstellenmuster höchstwahrscheinlich im Zuge der Etablierung eines Reversen Genetik Verfahrens für das wie man annimmt aus Fledermäusen stammende SARS-CoV-2 Ursprungsvirus in einem Forschungslabor als „Fingerabdruck" im SARS-CoV-2 Genom entstanden ist.

Wissenschaftliche Einordnung:
Die Studie ist ein Preprint und hat somit die wissenschaftliche Qualitätssicherung noch nicht durchlaufen. Aus molekularbiologischer Sicht ist die Grundhypothese des Fingerabdrucks unplausibel, da das Verfahren keinen Fingerabdruck hinterlassen würde – damit ist die Eingangsannahme der Autoren bereits falsch. Die im Preprint dargestellten Analysen weisen erhebliche methodische Schwachstellen auf. Diese führen dazu, dass wesentliche Schlussfolgerungen der Autoren einer wissenschaftlichen Überprüfung nicht standhalten werden. Es gibt verschiedene Thesen zum Ursprung von SARS-CoV-2. Am wahrscheinlichsten ist die Zoonose (Übertragung vom Tier auf den Menschen), wobei der Zwischenwirt unklar ist. Die Theorie, dass SARS-CoV2 *in vitro* konstruiert wurde, gilt als so gut wie widerlegt. Ein unfreiwilliges Heraustragen des Virus aus einem Hochsicherheitslabor kann nicht ausgeschlossen werden. Ob dies jemals abschließend geklärt wird ist fraglich.

Befunde aus (Daten von Ende September 2022): Andere Krisen wie Krieg in der UKR und Klimawandel werden derzeit als wichtiger als die Pandemie angesehen. Individuelles Schutzverhalten nimmt ab (insb. Maske tragen). Die Kommunikation für das Maskentragen (insb. auch als Schutz gegen Influenza) muss sehr klar und konsistent über alle staatlichen Ebenen/Akteure hinweg sein. Die Überlastung des Gesundheitssystem wird nicht von der Bevölkerung wahrgenommen. Zwei Drittel der relevanten Zielgruppe wissen von der Empfehlung für eine zweite Boosterimpfung ab einem Alter von 60 Jahren. Die Hausarztempfehlung ist dabei besonders wichtig. Wenn Hausärzte unter 60-jährige ImpfinteresentInnen wegschicken, führt das zu kommunikativen

Schwierigkeiten in der Impfkampagne. In der aktuellen Impfkampagne fehlen nach wie vor konkrete Handlungsempfehlungen für relevante Gruppen wie z.B. Frauen im gebärfähigen Alter etc.

Empfehlungen für Maßnahmen: Freie Intensivbetten unter 10% und allg. Bettenbelastung über 80% könnten Indikatoren für eine (regionale) Maskenpflicht sein. Maskenpflicht würde – als eine Maßnahme unter vielen – ca. drei Wochen vor prognostiziertem Erreichen einer Extremsituation ansetzen müssen, um diese Situation noch abwenden zu können. Wer sich ohne Indikation (unter 60, nicht vorerkrankt) ein viertes Mal boostern lassen möchte, sollte dazu die Möglichkeit haben. Derzeit verhindern die Impfstoffe schwere Verläufe gut. Das Erwartungsmanagement sollte auf den Schutz vor schweren Verläufen abzielen.
Die Impfkampagne sollte einerseits auf die Personengruppen fokussieren, für die eine Impfempfehlung der STIKO vorliegt und in denen teilweise Impflücken bestehen. Andererseits sollten die Kampagnen auch auf große Zielgruppen wie Frauen im gebärfähigen Alter eingehen.

TOP 3: Vorbereitung für eine neue Stellungnahmen

Eine neue Stellungnahme könnte mit einem Zwischenfazit und Verortung zwischen den Szenarien der 11. Stellungnahme verbunden werden. Das Ziel wäre, Wege aufzuzeigen, um die verschiedenen Infektionswellen (Influenza, RSV, Pneumokokken und weitere Pathogene die Atemwegserkrankungen verursachen) zu bremsen und die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssektors aufrechtzuerhalten. Problem ist, dass das IFSG nur auf SARS-CoV-2 abzielt, in diesem Winter jedoch viele weitere Atemwegserreger hinzukommen, die durch die Maßnahmen 2020/21 und 2021/22 nur in geringem Umfang auftraten. Somit sollten Maßnahmen an der Gesamtbelastung festgemacht werden. Die multifaktoriellen Zusammenhänge (Fokus Gesundheitssektor) wären zu erklären und Verhaltensvorschläge daraus zu ziehen. Eine alleinige Argumentation über Eindämmung der Corona-Pandemie dürfte nicht verhältnismäßig sein. Jedoch befindet sich die Gesundheitsversorgung bereits jetzt in einem kritischen Zustand mit der Gefahr der Chronifizierung.
Die CoronaWarnApp bietet eine bisher nie erreichte Möglichkeit der unmittelbaren Risikokommunikation mit einem großen Teil der Bevölkerung. Die Stellungnahme könnte diesen Gedanken aufnehmen. Dazu soll zum nächsten Sitzungstermin externe Expertise eingebunden werden. Zwischenzeitlich wäre in der Bundesregierung zu klären, inwiefern ein Weiterlaufen und Funktionserweiterungen der CWA über März 2023 hinaus möglich sind.

TOP 4: Einblick zum Thema Desinformation und anti-systemische Einstellungen ███

Vertagt auf nächstes Treffen

TOP 5: Verschiedenes

Präsenztreffen im Dezember
Für den Abend am 11.12. wird ein kleines Abendprogramm entwickelt, am 12.12. findet die 31. Sitzung mit anschließendem Mittagessen im Schweriner Schloss (auf Einladung Landtagspräsidentin) statt. Digitale Zuschaltung soll möglich sein.

Anfrage der Uni Potsdam zu qualitativen Interviews bzgl. Wissenschaftlicher Beratung in der Corona-Pandemie
Vorsitz antwortet gesammelt für das Gremium, dass eine Teilnahme wegen der laufenden vertraulichen Gremienarbeit nicht angezeigt ist.

Protokoll der 30. Sitzung des ExpertInnenrates der Bundesregierung zur COVID-19-Pandemie

Datum: 22.11.2022
Zeit: 13:15 – 15:30 Uhr
Ort: Videokonferenz

Corona-ExpertInnenrat (insg. 17 Teilnehmende): Vorsitzender Prof. Dr. Kroemer, stellv. Vorsitzende Prof. Dr. Brinkmann sowie die Mitglieder Prof. Dr. Betsch, Prof. Dr. Berner, Prof. Dr. Buyx, Prof. Dr. Dötsch, Prof. Dr. Drosten, Prof. Dr. Falk, Prof. Dr. Hertwig, Prof. Dr. Kaderali, Prof. Dr. Karagiannidis, Prof. Dr. Mertens, Prof. Dr. Meyer-Hermann, Dr. Nießen, Prof. Dr. Priesemann, Prof. Dr. Sander, Prof. Dr. Streeck

Gäste: [geschwärzt] Al'in 3 Dr. Miehe-Nordmeyer, RL'in 312 Jaritz, BM Lauterbach (bis 14:45 Uhr), St'in Draheim, AL L Velter, AL 1 Müller

Geschäftsstelle: Dr. Bug, Paape

TOP 1 – Protokoll der 29. Sitzung
Zustimmung zum Protokoll der 29. Sitzung.

TOP 2 – Aktuelle Lage
Frühzeitiger Beginn der Influenza/RSV-Welle. Übertragung kann durch Maskentragen reduziert werden. In den Kinderklinken ist die Überlastung mit vollen Notaufnahmen und verringerten Kapazitäten auf der Normalstation inzwischen chronisch, so dass ein regulärer Ablauf kaum möglich ist. Bei 25% der Aufnahmen in Kinderkliniken sind derzeit Atemwegserkrankungen (RSV und frühe Influenza) die Hauptdiagnose. Große Belastung für Familien durch sehr lange Wartezeiten. Zahlen zu betreibbaren Betten (auch auf Normalstaion) sind dringend notwendig – getrennt nach Kindern und Erwachsenen und auf Kreisebene, damit Patienten gut verteilt werden können. Einen aktuellen Überblick bietet: https://dgpi.de/awi-erfassung-update/

Ab der kommenden Woche sei mit der nächsten COVID-19-Infektionswelle zu rechnen, die ggf. nicht so hoch wie die vorherigen Wellen (höhere Immunität insb. auch bzgl. Omikron) ausfallen wird. Modellierungen sind derzeit durch eine technische Umstellung bei den RKI-Grafiken erschwert, Daten können seit kurzem nicht mehr extrahiert werden. Hinzu kommen die Auswirkungen durch den regionalen Wegfall von Masken- und Isolationspflichten, was nicht bundeseinheitlich abläuft. Die BQ 1.1 Variante nimmt weltweit zu, aber vergleichsweise langsam– Verdopplung alle vier Wochen. Das SARS-CoV-2 Virus zeigt sich evolutiv verschränkt (d.h. das Virus exploriert gerade den verbliebenen Raum für Immunfluchten). Weitere Änderungen werden wahrscheinlich zu Fitnessverlusten führen. Neue Virusvarianten sind somit wahrscheinlich nicht virulenter als bisherige Varianten. Bzgl. der Immunität zeigt sich ein Imprinting in den Zellen – siehe u.a. [geschwärzt] (noch nicht publiziert). Demnach verliere der menschliche Körper zwar im Laufe der Zeit seinen Krankheitsschutz, jedoch sind noch genügend T-Zellen vorhanden, die vor einer schweren Krankheitslast schützen. Antikörper sind ca. 1 bis 1,5 Jahre vorhanden – allerdings ist alle 1 bis 1,5 Jahre ein Kontakt zum Virus z.B. durch Infektion oder Impfung notwendig, um den Schutz zu erhalten und auszubauen. Dass die Antikörper nach einer Schutzimpfung längere Zeit bestehen bleiben bestätigt die Enforce-Studie aus Dänemark.

Trotz Ausbaus der Immunität nach mehrfachen SARS-CoV-2-Viruskontakten ist nicht ganz eindeutig, ob das Risiko an Long-COVID zu erkranken verringert wird. Daten aus den USA (Veteranen Studie) gehen von keiner Verringerung aus (Studie zeigt: 1. Infektion bringt kaum Schutz vor Long-COVID bei 2. Infektion). Problem der Studie ist jedoch das hohe Alter der Kohorte und dass die Teilnehmer vorwiegend erst 2x, und noch nicht 3x geimpft waren. Die [geschwärzt] (noch nicht publiziert) hingegen sieht ermutigender aus – Problem hier ist jedoch, dass die Teilnehmer vorwiegend jung und sportlich sind. Es ist wahrscheinlich, dass das Risiko an Long-COVID zu erkranken mit steigender Immunität geringer wird. Aber eine abschließende Bewertung ist derzeit noch nicht möglich.

Die Aufhebung der Absonderungsregelungen (insbesondere der Isolation für Infizierte) sowie der Maskenpflicht im ÖPNV in einigen Bundesländern sorgen im Hinblick auf eine wünschenswerte bundesweit einheitliche Strategie zum Pandemiemanagement für Unverständnis. Dass Maßnahmen/Regeln ab und zu geändert werden ist kein Problem – aber es sollte unbedingt einheitlich erfolgen. Abh. von der jeweiligen Inzidenz dürfte bei Vorausberechnungen ein Wegfall der Maskenpflicht zu einer ca. 20% höheren Welle führen. Zu berücksichtigen ist bei der Diskussion um eine Abschaffung der Isolationspflicht oder der Aufhebung der Maskenpflicht im ÖPNV das Risiko an Long-COVID zu erkranken. Zudem dämmen Masken neben COVID-19 insb. auch weitere Atemwegsinfektionen ein.

Der Wegfall von Masken- und Isolationspflichten sollte in der politischen Kommunikation gut begründet werden (z.B. niedrige Fallzahlen, hohe Immunität). Grundsätzlich ist an die Eigenverantwortung der Bevölkerung zu appellieren. Kommunikativ begleitet werden sollten Änderungen jedoch auf jeden Fall.

TOP 3 – Fragen vom BKAmt

- **Long/Post-COVID-Erkrankungen „revisited"**

Studienbasierte Aussagen zur Häufigkeit von Long/Post-COVID Erkrankungen nach Infektion gehen stark auseinander. Das Auftreten von Long/Post-COVID geht unter dem Einfluss der Omikron-Variante zurück. Dennoch bleibt Long/Post-COVID ein großes volkswirtschaftliches Problem; z.B. melden Unfallversicherer Verdreifachung von Berufskrankheiten im Vergleich 2020 auf 2022. Das zeigt sich auch in der Versorgung.

Das Spektrum der Symptome (z.B. Fatigue/Belastungsintoleranz, kognitive Einschränkungen, Schmerzen, Schwindel, Atembeschwerden) ist breit, bei Älteren fallen teilweise auch Folgen der Intensivbehandlung darunter. Risikofaktoren, die eine Erkrankung an Long/Post-COVID beeinflussen sind Rauchen, hoher BMI, Komplementmangel, Vorerkrankungen oder mehr als 5 Akutsymptome während der SARS-CoV-2 Infektion. Insgesamt zeigt sich, dass Frauen häufiger betroffen sind als Männer (2:1). Grds. nehmen bei PostCOVID-Patienten weitere Erkrankungen (z.B. Diabetes) – die an und für sich nicht mit Long-COVID in Verbindung gebracht werden – 6 Monate nach Infektion zu. Rd. 1% der PatientInnen sind nach einer Long/Post-COVID Erkrankung nicht mehr arbeitsfähig. Die Diagnosestellung ist schwierig. Möglicher Ansatz könnte die Bestimmung des Kortisols im Blut sein, das i.d.R. um rd. 5% reduziert ist bei Long/Post-COVID PatientInnen.

Das Impfen (insb. Booster) mindert das Risiko an Long/Post-COVID zu erkranken. Es zeigt sich auch, dass die rechtzeitige Gabe von Paxlovid nach ersten Erkenntnissen das Long-Covid-Risiko um bis zu 25% mindern kann (Untersuchung dieser Effekte in Studie). Dies sollte bei der ärztlichen Indikationsentscheidung mitgedacht werden und an die HausärztInnen herangetragen werden.

Es gibt großen Bedarf an Therapiestudien, Pharmaindustrie sollte hier vermehrt einsteigen. Hier wird von Seiten der Medizin mehr Unterstützung der Politik gewünscht, die Pharmaindustrie in die Verantwortung einzubeziehen. ANA Titer und IL8 sind potentielle Marker für Long-COVID. **Appell an die Politik wird ausgesprochen, dass die pharmazeutische Industrie Konzepte für Therapiestudien mit ÄrztInnen und WissenschaftlerInnen entwickeln soll.**

- **Immunstatus der Bevölkerung**

Die seit letztem Antigenkontakt vergangene Zeit ist die zentrale Variable, Alter und Gesundheitszustand sind weitere wichtige Variablen zur Festlegung von „Immunität". Von Immunität vor Infektion (Ansteckung) kann man ausgehen, wenn der letzte Antigenkontakt weniger als 3 Monate (Impfung) bzw. 6 Monate (Infektion) zurückliegt. Von Immunität in Bezug auf schwere Erkrankung kann bis zu 6 Monaten seit dem letzten Antigenkontakt bei vorerkrankten Älteren und bis zu 12 Monate bei gesunden Jüngeren ausgegangen werden.

- **Teststrategie**

Die PCR-Testung könnte jederzeit durch eine ärztliche Testung mit den Antigen-Schnelltests abgelöst werden. Zur Gewährleistung der Surveillance müssten die Ergebnisse der Antigentests durch den

durchführenden Arzt/Ärztin an die Gesundheitsämter gemeldet werden. Flankierend müsste eine hinreichend hohe Zahl an PCR-Tests (mit Genomsequenzierung bzgl. Varianten) gewährleistet werden, die z.B. bei Krankenhauslaboren durchgeführt werden. Ein Sprung in den Meldedaten wäre unumgehbare Konsequenz. Bei der Surveillance von COVID-19 (insb. Verbreitungsanalyse von Varianten) besteht – wie auch für alle respiratorischen Erreger – allerdings auch zum jetzigen Zeitpunkt bereits erheblicher Nachholbedarf. Antikörpertests als Indikationsmarker für Boosterimpfung werden in der Breite wegen schlechter Operationalisierbarkeit der Grenzwerte abgelehnt.

TOP 4 - Verschiedenes

Besprechung zur CWA wird verschoben.

Die nächste Sitzung findet in Präsenz am 12.12.2022 von 9:00 bis ca. 12:00 Uhr mit anschließendem Mittagessen in Schwerin statt.

312-23206-Pa 009 NA4

Protokoll der 31. Sitzung des ExpertInnenrates der Bundesregierung zur COVID-19-Pandemie

Datum: 12.12.2022
Zeit: 09:00 – 12:00 Uhr
Ort: Schweriner Schloss, Plenarsaal und Videokonferenz

Corona-ExpertInnenrat (vor Ort) : Vorsitzender Prof. Dr. Kroemer, stellv. Vorsitzende Prof. Dr. Brinkmann sowie die Mitglieder Prof. Dr. Betsch, Prof. Dr. Berner, Prof. Dr. Dötsch, Prof. Dr. Falk, Prof. Dr. Hertwig, Prof. Dr. Kaderali (bis 11:10 Uhr), Dr. Nießen, Prof. Dr. Priesemann, Prof. Dr. Sander, Herr Sternberg

Corona-ExpertInnenrat (digital zugeschaltet)): Prof. Dr. Buyx, Prof. Dr. Drosten, Prof. Dr. Mertens, Prof. Dr. Streeck, Prof. Dr. Wieler

Gäste (vor Ort): ChefBK (9:30 – 11:10 Uhr), Al'in 3 Dr. Miehe-Nordmeyer, RL'in 312 Jaritz, St'in Draheim

Geschäftsstelle (vor Ort): Dr. Bug, Paape

abgestimmt
Vfg: 1.) Protokolle Corona-Exp.rat
2.) z.d.A.
13/04
Pa.

TOP 1 – Protokoll der 30. Sitzung

Zustimmung zum Protokoll der 30. Sitzung.

TOP 2 – Aktuelle Lage

Mögliche Immunescape Varianten sind in der aktuellen Phase der Pandemie entscheidende Faktoren zur Beurteilung des weiteren Verlaufs. Der Schutz vor schweren Erkrankungen besteht in der aktuellen Situation weiterhin. Die „Antigenic cartography" nach Derek Smith zeigt einen deutlichen evolutionären Sprung (neue Serotypen) bei den Omikron-Varianten im Vergleich zur Ursprungsvariante des SARS-CoV-2 Virus. Perspektivisch dürften sich differenzierte Benennungen durchsetzen. Insofern erklärt sich auch die Notwendigkeit der adaptierten Impfstoffe. Die Notwendigkeit weiterer Adaptionen ist für die Zukunft zu erwarten.

Die BQ.1.1. Variante kann zu einem Anstieg der Neuinfektionen führen – was sich derzeit in FRA zeigt. Bei der Einschätzung ist zu beachten, dass einige Länder keine Teststatistiken mehr führen (z.B. DNK, SWE). Laut RKI-Wochenbericht nimmt die Variante BQ.1.1. in DEU weiter zu. In der Gesamtschau wird in den nächsten Wochen nicht mit einer neuen Virusvariante gerechnet, die sich dominant durchsetzt oder zu einem deutlich schnelleren Anstieg der Fallzahlen führt. Die saisonale Winterwelle weist somit Eigenschaften einer ersten endemischen Welle auf. Das Virus ist demnach nicht der Treiber, sondern das Verhalten der Bevölkerung (z. B. Aufenthalt in Innenräumen, kein Tragen von Masken) aufgrund der Wintertemperaturen. Modellierungen rechnen den in einigen Bundesländern beschlossenen Wegfall der Isolationspflicht mit einem Anstieg von rd. 5 bis 10% an Neuinfektionen zu. Der Wegfall der Maskenpflicht im ÖPNV würde zu einem Anstieg von rd. 10% in Großstädten führen, auf dem Land wären die Effekte kleiner.

Zwar treten bei den Omikron Varianten weiterhin Symptome auf, die zu Arztkonsultationen führen, jedoch sind schwere respiratorische Erkrankungen aufgrund der Impfungen deutlich zurückgegangen. Die Entkopplung der Zahl der Neuinfektionen von der Hospitalisierungsrate bei der Omikron-Welle im Vergleich zur vorherigen Alpha- und Delta-Welle ist zum großen Teil der mittlerweile breiten Immunität der Bevölkerung geschuldet. Betont wird, dass auch unter Omikron PatientInnen beatmet werden müssen.

Der Einsatz von SARS-CoV-2-infiziertem Personal im Gesundheitswesen wird diskutiert. Sonderregelungen für SARS-CoV-2-Infizierte im Vergleich zu anderen Infektionen (z. B. Influenza) sind vor dem Hintergrund der gesamtgesellschaftlich aufgebauten Immunität kaum noch begründbar. Die RKI-Empfehlung sieht für akute Atemwegserkrankungen vor, dass Infizierte keinen Umgang mit vulnerablen Gruppen haben sollten und sich möglichst zuhause isolieren. Die kommunikative Herausforderung besteht darin, die Pflicht zur Isolation abzuschaffen, und gleichzeitig die

Notwendigkeit eigenverantwortlichen Handelns, sprich Isolation bei positivem Selbsttest/Symptomen, insbesondere gegenüber vulnerablen Gruppen zu unterstreichen.

Die Syndromische Surveillance des RKI hat mit 10 Mio. Infizierten die höchste bisher gemessene Anzahl an akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE) ermittelt. Der Verlauf der Kurven (Influenzaviren, RSV, Rhinoviren, Parainfluenzaviren, saisonale Coronaviren) weist darauf hin, dass die Zahlen weiterhin ansteigen. Bei den Influenzainfektionen nimmt H3N2 kontinuierlich zu, nur bei RSV scheint der Peak erreicht zu sein. Damit ist zu hoffen, dass die RSV-Belastung bei Kleinkindern und den Kinderkliniken zurückgeht. Im Vergleich zur diesjährigen Grippewelle lag in der Grippewelle 2017/18 die Zahl der Arztkonsultationen niedriger. Die Influenza-Impfung ist in dieser Saison ein guter Match und sollte daher aktiv beworben werden.

Die Krankenhausbelastung liegt derzeit auf einem sehr hohen Niveau. Der aktuelle Knick bei ARE-Hospitalisierungen lässt sich ggf. auch durch fehlende Kapazitäten und deshalb abgewlesene PatientInnen erklären. In den Notaufnahmen hat sich die Lage zugespitzt (teilweise Schließung von Notaufnahmen). Einige Landkreise haben auch auf den Normalstationen weniger als 10% freie Kapazitäten. Die Pädiatrie ist zunehmend von einer extremen Überlastungssituation betroffen. Sie wird als Frühindikator für die allgemeine Krankenhausbelastung gesehen, die auf unsere Gesellschaft zukommt. Eine verstärkte Impfkampagne für diesen Winter wäre wünschenswert, da die adaptierten Impfstoffe auch einen gewissen Infektionsschutz bieten.

Das DIVI-Intensivregister differenziert die pädiatrischen Intensivbetten nicht trennscharf von den neonatologischen Betten. Eine Erklärung könnte sein, dass Kliniken gemischte Intensivstationen haben und ihre Intensivbetten teilweise am täglichen Bedarf ausrichten. Es zeigt sich, dass bei den neonatologischen Intensivbetten vorrangig RSV Infektionen gemeldet werden.

Ein Faktor für das hohe Krankheitsaufkommen durch Influenza und RSV bei Kindern könnte (auf Basis einer relativ kleinen [redacted]) sein, dass SARS-CoV-2 das kindliche Immunsystem über die akute Infektion hinaus belastet. Empfohlen wird daher, immunologische und epidemiologische Parameter bei Kindern in der Zukunft genauer zu betrachten. Ein weiterer entscheidender Punkt ist der Nachholeffekt aufgrund der in den vergangenen Wintersaisons ausgefallenen respiratorischen Virusinfektionen mit entsprechend fehlender Immunitätsentwicklung und nun der Effekt des Wegfalls von Masken und Kontaktbeschränkungen in dieser Wintersaison.

TOP 3 – Letzte Stellungnahme Ethikrat

Die Ad-Hoc-Empfehlung des Deutschen Ethikrates „Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in gesellschaftlichen Krisen nicht alleinlassen" unterstreicht die große solidarische Leistung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Corona-Pandemie. Sie benennt die Nachteile, die die junge Alterskohorte in Kauf nehmen musste und deren Ausgleich sich die Gesellschaft nunmehr verstärkt widmen sollte – im doppelten Sinn: nachholende Förderung und bei künftigen Krisen reziproke Solidarität zwischen den Alterskohorten. Der Ethikrat analysierte auch Maßnahmen als nicht verhältnismäßig. Teile der Bevölkerung erwarteten eine kritische Auseinandersetzung der Politik mit den Corona-Entscheidungen.

TOP 4 - Impfbereitschaft und Isolationspflicht

Die [redacted] lässt darauf schließen, dass der Wegfall der Isolations- bzw. der Maskenpflicht im ÖPNV in einigen Ländern einen mehrheitlich gelebten gänzlichen Wegfall dieser Vorsichtsmaßnahmen mit sich bringen dürfte.

Das individuelle Vorsichtsverhalten würde sich jedoch mit einem positiven Schnelltestergebnis (anstatt lediglich wahrgenommener Symptomatik) erhöhen. Daraus lässt sich schließen, dass der Einbezug von Selbsttests in die gesellschaftlichen Verhaltensnormen einen Effekt hin zu individuell angemessenem Vorsichtsverhalten haben könnte.

Die Ergebnisse unterstreichen, dass der Wegfall von Isolations-/Maskenpflichten kommunikativ mit gesellschaftlichen Erwartungen an individuell angemessenes Vorsichtsverhalten, was im Kontext aller respiratorischen Infektionskrankheiten sinnvoll ist, flankiert sein sollte.

TOP 5 - Einblick zum Thema Desinformation und anti-systemische Einstellungen

Im internationalen Vergleich korreliert die individuell wahrgenommene COVID-19-Belastung mit den Intentionen zu politischem Chaos/Systembruch und Radikalisierung. Diese Intentionen teilen in den Samples jeweils etwas unter 10% – was auf ein beachtliches und staatlicherseits wohl schwer kontrollierbares Gewaltpotential hinweist. Es gibt Hinweise, dass dahinter insbesondere rechtsextreme Sichtweisen, insb. wenn sie nicht im politischen System vertreten sind, stehen.

Für DEU lässt sich feststellen, dass der Glaube an Verschwörungstheorien die individuelle Befolgung von Vorsichtsmaßnahmen schwächt. Gepaart mit niedrigem Vertrauen in politische Institutionen entsteht ein sich gegenseitig bestätigender Automatismus im Sinne einer Abwärtsspirale.

Wissenschaft und Politik sind geneigt, die Verantwortung des Glaubens und Teilens von Falschinformationen bei Individuen zu suchen. Diese Sichtweise ist problematisch, da so die Verantwortung von Plattformen (insb. sozialen Medien, Nachrichtenkanälen) in den Hintergrund gerät. Geschäftsmodelle bzw. die Regulierung von Plattformen könnten durchaus angepasst werden. Denn auch auf Basis internationaler Daten zeigen sich selbst polarisierte Gesellschaften (z.B. USA) mehrheitlich offen für das Löschen von offensichtlichen Falschinformationen.

Ein verbesserter Forschungs-Datenzugang aus Platformen hätte großes Potential für bessere wissenschaftliche Erkenntnisse über gesellschaftliche Radikalisierungsdynamiken.

TOP 6 - Weitere Entwicklung ExpertInnenrat

Das BKAmt möchte den Corona-ExpertInnenrat beibehalten und dessen Inhalte weiterentwickeln (auch personell). Das Gremium befasst sich bei der 32. Sitzung im Januar mit Vorschlägen für das BKAmt zu Gremienmodellen, Themen und Besetzung.

TOP 7 – Verschiedenes

Als mögliches Thema für eine nächste Stellungnahme wird ein Update der 11. Stellungnahme (auch auf Basis eines Updates zum Umsetzungsstand aus dem BKAmt) besprochen.

Informatorisch Sitzungstermine im 1. Quartal 2023:

Dienstag 24.1. 13:30 Uhr - 15:30 Uhr

Dienstag 28.2. 13:30 Uhr - 15:30 Uhr

Montag 27.3. 13:30 Uhr - 15:30 Uhr

Protokoll der 32. Sitzung des ExpertInnenrates der Bundesregierung zur COVID-19-Pandemie

Datum: 24.01.2023
Zeit: 13:30 – 15:30 Uhr
Ort: Videokonferenz

Corona-ExpertInnenrat (insg. 19 Teilnehmende): Vorsitzender Prof. Dr. Kroemer, stellv. Vorsitzende Prof. Dr. Brinkmann sowie die Mitglieder Prof. Dr. Betsch, Prof. Dr. Berner, Prof. Dr. Buyx, Prof. Dr. Dötsch, Prof. Dr. Drosten, Prof. Dr. Falk, Prof. Dr. Hertwig, Prof. Dr. Kaderali, Prof. Dr. Karagiannidis, Prof. Dr. Mertens, Prof. Dr. Meyer-Hermann, Dr. Nießen, Prof. Dr. Priesemann, Prof. Dr. Sander, Landrat Sternberg, Prof. Dr. Streeck, Prof. Dr. Wieler
Gäste: ChefBK Schmidt, Al'in 3 Dr. Miehe-Nordmeyer, RL'in 312 Jaritz, BM Prof. Dr. Lauterbach (bis 14:45 Uhr), St'in Dr. Draheim, AL L Velter
Geschäftsstelle: Dr. Bug, Paape

TOP 1 – Protokoll der 31. Sitzung

Die Abstimmung des Protokolls der 31. Sitzung wird aufgrund kurzfristiger Änderungen verschoben. Die Geschäftsstelle versendet es mit einwöchiger Verschweigensfrist.

TOP 2 – Aktuelle Lage

Das Abwassermonitoring [geschwärzt] bildet die SARS-CoV-2-Infektionswellen sehr gut ab und wird als sehr sinnvoll betrachtet. Im Januar zeigte sich eine hohe Inzidenz, die Zahl an hospitalisierten Corona-Infizierten war jedoch sehr gering, was auf eine Zunahme von milden bzw. asymptomatischen Verläufen hindeutet.

Im Januar 2023 entspannt sich die personelle Situation in den Krankenhäusern, so dass eine höhere betreibbare Bettenkapazität auf den Normal- und Intensivstationen gewährleistet ist (Gründe: Rückgang der ARE-Krankheitslast in der Bevölkerung und beim med. Personal sowie weniger Feier- und Urlaubstage im Januar). Die hohe Gesamtbelastung im Dezember kam durch das gleichzeitige Auftreten der RSV- und Influenza-Welle. In der Pädiatrie ist die Belastung aufgrund der zwar im Vergleich zu vor Weihnachten verringerten aber regional noch anhaltenden RSV-Welle und den nachzuholenden planbaren Behandlungen weiterhin sehr hoch – in einigen Regionen war die Situation vor Weihnachten sehr kritisch. Die Übersterblichkeit im letzten Quartal 2022 ist mit großer Warscheinlichkeit multifaktoriell. Dazu zählen die SARS-CoV-2-, RSV- und Influenza-Infektionswellen, oft begleitet mit bakteriellen Superinfektionen, aber auch die erhöhte Sterblichkeit längere Zeit nach COVID-19 nach den hohen Infektionswellen im Frühjahr 2022 könnte sich jetzt noch statistisch niederschlagen.

Im Nordosten der USA verdoppelt sich der Anteil der Subvariante XBB.1.5. nur noch alle 13 bis 14 Tage. Auch die Zahl der Neuaufnahmen in den Krankenhäusern, welche aufgrund der reduzierten PCR-Testung als solider Indikator übrigbleibt, geht dort zurück. [geschwärzt]

Die Impfung bietet auch bei SARS-CoV-2-Varianten mit einem höheren Immunescape einen guten Schutz insb. vor Hospitalisierung. Diese Immunität wird durch die Anzahl der erhaltenen Impfdosen (3x plus Booster), aber auch durch Durchbruchsinfektionen bei Geimpften erhöht (vgl. Carazo et al.: https://doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00578-3). Die Therapie mit dem monoklonalen Antikörper „Sotrovimab" (der gegen ein konserviertes Epitop des Spike Proteins gerichtet ist), ist eine gute Behandlungsalternative zu [geschwärzt], insbesondere bei einer Kontraindikation (z. B. bei Organtransplantierten/Immunsupprimierten). Die Zulassung von [geschwärzt] ist auf die Therapie bei einer akuten COVID-19-Infektion begrenzt, es liegen bislang keine Daten für die Prophylaxe vor. Eine

verstärkte Kommunikation in die Ärzteschaft hinein scheint geboten, da [geschwärzt] in Fachkreisen als wirkungslos wahrgenommen wurde.

Laut BfR-Corona-Monitor nimmt die Bevölkerung neue SARS-CoV-2 Virusvarianten als zunehmend weniger gefährlich wahr (vgl. https://www.bfr.bund.de/cm/343/230103-bfr-corona-monitor.pdf). Auch die geplante bundesweite Aufhebung der Maskenpflicht im Fernverkehr bzw. die überwiegend erfolgte Aufhebung der Landesregelungen zur Maskenpflicht im ÖPNV sowie zur Isolation von Infizierten führe dazu, dass COVID-19 unter die gesellschaftliche Wahrnehmungsschwelle falle. Das Gremium sieht es grundsätzlich als vertretbar an, diese Schritte zeitnah zu gehen. Sicherer wäre freilich eine Zurücknahme erst nach den Karnevalstagen. Das Gremium hält es nach wie vor für zentral, dass die Länder möglichst einheitlich vorgehen.

TOP 3 – Lessons to be Learned

Das Gremium hält eine weitere Stellungnahme, die zentrale Stellschrauben in der Pandemiebekämpfung benennt, für sinnvoll. Ziel wäre eine Checkliste aus den wichtigsten Entwicklungsschritten im Pandemieverlauf. Sie hätte folgende Ziele:

- Einen gesamtgesellschaftlichen lessons-learned-Prozess zu strukturieren.
- Die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit der Pandemie zu befruchten.
- Die Bedeutung bestimmter Schritte (insb. fokussierte Test- und Impfstoffentwicklung sowie frühe gesellschaftliche Impfbereitschaft) für die Pandemiebekämpfung zu betonen.

Eine Skizze soll in den kommenden drei Wochen entstehen mit Abstimmungsprozess bis März.

TOP 4 - Weitere Entwicklung ExpertInnenrat

BKAmt stellt einen momentanen internen Diskussionsstand zur weiteren Entwicklung des Corona-ExpertInnenrates auf Basis der geltenden Geschäftsordnung vor. Diese legt 3 Aufgabenbereiche fest:

- Information zu wissenschaftlichen Erkenntnissen über infektionsbiologische, epidemiologische, gesundheitssystemische, psychosoziale, gesellschaftliche [geschwärzt]
- [geschwärzt]
- [geschwärzt]

[geschwärzt]

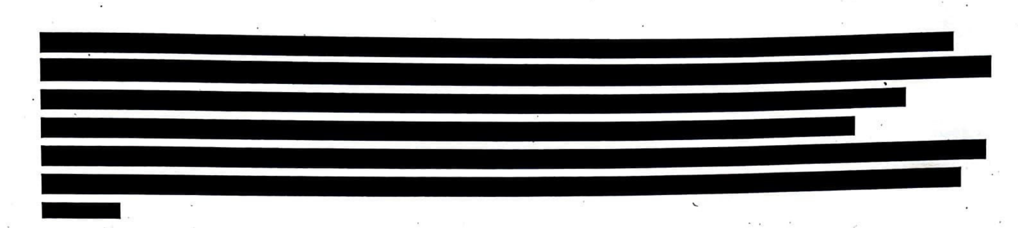
- [geschwärzt]
- [geschwärzt]

[geschwärzt]

Folgende fünf allgemeine und mittelfristige Schwerpunktthemen liegen nahe:

- [geschwärzt]
- [geschwärzt]
- [geschwärzt]
- [geschwärzt]
- [geschwärzt]

Zu diesen gesellschaftspolitisch relevanten Themen könnte das Gremium über Stellungnahmen helfen, die öffentliche Diskussion zu strukturieren und zu versachlichen. Ein interdisziplinäreres Gremium könnte wegen der inhaltlich spezifischen Schwerpunktthemen jedoch arbeitsteiliger vorgehen. [geschwärzt]



TOP 5 - Verschiedenes

Die nächsten Termine (jeweils virtuell) sind am Dienstag, den 28.2.(13:30 Uhr - 15:30 Uhr) sowie Montag, den 27.3. (13:30 Uhr - 15:30 Uhr).

Protokoll der 33. Sitzung des ExpertInnenrates der Bundesregierung zur COVID-19-Pandemie

Datum: 04.04.2023
Zeit: 09:30 – 12:20 Uhr
Ort: Präsenzsitzung mit Zuschaltoption per Videokonferenz

Corona-ExpertInnenrat (insg. 17 Teilnehmende): Vorsitzender Prof. Dr. Kroemer, stellv. Vorsitzende Prof. Dr. Brinkmann; Prof. Dr. Betsch, Prof. Dr. Drosten, Prof. Dr. Falk, Prof. Dr. Hertwig, Prof. Dr. Kaderali, Prof. Dr. Karagiannidis, Prof. Dr. Mertens, Dr. Nießen, Prof. Dr. Priesemann, Prof. Dr. Sander, Prof. Dr. Streeck, Prof. Dr. Wieler; virtuell: Prof. Dr. Berner, Prof. Dr. Buyx, Prof. Dr. Dötsch.

Gäste: BM Prof. Dr. Lauterbach, ab 19:55 Uhr: ChefBK Schmidt, Al'in 3 Dr. Miehe-Nordmeyer, Dr. Ponattu (Büro ChefBK)

Geschäftsstelle: Dr. Bug, Matzka – Protokollunterstützung (virtuell)

TOP 1: Tagesordnung und Protokoll der 32. Sitzung vom 24.01.2023

Die Protokolle der 31. und 32. Sitzung wurden per E-Mail final abgestimmt (Versand der finalen Versionen am 22.03.2023 bzw. am 30.03.2023).

TOP4 wird vor TOP 2 besprochen. Die Tagesordnung ist ohne Gegenstimmen angenommen.

TOP 4: Lessons Learned (Rückmeldungen zum weiteren Vorgehen)

Eine abschließende Lessons-Learned-Stellungnahme wird von den meisten Mitgliedern und auch BM Lauterbach abgelehnt, da die umfassende wissenschaftliche Bewertung innerhalb kurzer Zeit und mit den Ressourcen des Gremiums nicht möglich erscheint. Das Gremium hält jedoch folgende Punkte in der weiteren politischen Kommunikation für besonders wichtig:

- Die Pandemie ist nach Einschätzung aus Virologie / Immunologie in Deutschland und anderen Industrieländern mit hoher Impfquote vorüber. Aus epidemiologischer Sicht ist zu beachten, dass die deutsche Situation immer auch im globalen Kontext zu sehen ist. Entsprechend ist die WHO der geeignete Akteur um über den internationalen Gesundheitsnotstand zu befinden (*nachrichtlich: am 5.5.23 hob die WHO den internationalen Gesundheitsnotstand auf*). Der zentrale „Game Changer" war die schnelle und erfolgreiche (Zusammen-)Arbeit der Forschung (Impfstoffentwicklung), Pharmaindustrie (Impfstoffproduktion) und Politik/Verwaltung/Gesundheitssystem (Ausrollen Impfkampagne). Künftig kann daher COVID-19 wie weitere ansteckende Krankheiten in die etablierte Gesundheitsprävention integriert sein (z.B. saisonale Impfkampagnen)
- Das zentrale Ziel für das Gesundheitssystem, aber auch andere gesellschaftliche Bereiche sollte nach der Pandemie eine größere Struktur-Resilienz sein (Verweis auf SVR Gutachten 2020 zu Digitalisierung und 2023 zu Resilienz):
  - Digitalisierung des Gesundheitssektors (inkl. Surveillance u.A. als zentrale Grundlage für Modellierung)
  - Finanzierung und Personalausstattung Krankenhäuser
  - (Grundlagen-)Forschung (inkl. Zugang zu Gesundheitsdaten (Stichwort Abrechnungsdaten/ePA). Wichtig hier auch die Bedeutung der Möglichkeit von Tierversuchen und Forschung mit Gentechnik für Impfstoff-/Medikamentenentwicklung
  - Konsentieren und Einüben von Entscheidungs- und Kommunikationsstrukturen in Gesundheitskrisen im deutschen Mehrebenensystem
- Darüber hinausgehende Vorbereitung auf eine neue Pandemie ist nach breit geteilter Überzeugung schwierig, da schlichtweg unklar sein wird:
  - Welche Grundimmunität hat die Bevölkerung?
  - Gibt es bereits wirksame Impfstoffe?
  - Gibt es bereits Therapiemöglichkeiten?
  - Welche Infektionswege sind relevant?

TOP 2: Aktuelle Lage

Krankenhäuser: Anzeichen im Abwasser für vermehrte Reinfektionen wirken sich nicht auf die Krankenhausbelastung aus. Mit der Pandemie ging allerdings die Pflegekapazität aufgrund Personalausfalls um bis zu 25% zurück. Die meisten Corona-Fälle auf Intensivstationen haben als Hauptdiagnose die Corona Infektion, sie sind im Klinikalltag, gemessen an Fallzahl und Aufwand, jedoch nicht mehr relevant. Was Corona-Patientinnen und -Patienten angeht, ist die Situation in den Kliniken entspannt. Großteils führen bakterielle Superinfektionen zusätzlich zu einer viralen Atemwegsinfektion zu Krankenhausaufenthalten. In den pädiatrischen Stationen waren die Pflegekapazitäten stark vom Personal abhängig, das durch Krankheitslast und Verlagerung in andere Stationen bzw. auf Intensiv deutlich verkleinert war. Es sollte diskutiert werden, ob Masken als Standard in der Erkältungssaison derlei Personalengpässe künftig lindern könnten. Die Meldebereitschaft der Krankenhäuser geht aktuell zurück. Dem könnte ggf. ein Kapazitätsregister/Krankenhausregister und die ePa entgegenwirken.

Weltweit: In Indien gewinnt die Variante XBB1.16 (sog. „Arcturus") schnell an Dominanz und führt gleichzeitig zu einer starken Zunahme an Infektionen (hoher Immunescape). Derzeit gibt es noch keine Anzeichen für höhere Pathogenität.

Ende der Pandemie: Durch breite Immunität in der Bevölkerung ist das Ende der Pandemie in vielen Ländern einschließlich Deutschland erreicht. Diese Immunität wurde vor allem durch die Impfungen erreicht. Insbesondere die Booster-Impfungen führten zu einer vergleichsweise harmlosen Omikronwelle. Die STIKO integriert ihre Corona-Impfempfehlung nunmehr in die allgemeinen Impfempfehlungen. Derzeit schützen die Impfungen weiterhin gut vor schwerer Erkrankung und Tod (S2-Immunität), da sich die Immunantwort (Antikörper und T-Zellen) gegen das gesamte Spike-Protein richtet. Da die bisherigen Mutationen im Spike, inklusive Omikron, fast ausschließlich die vordere (S1-) Domäne betreffen, bleibt die Immunität gegen die hintere (S2-) Domäne davon unbeeinträchtigt weiterhin bestehen. Solange die Verteilung der Mutationen im Spike-Protein so bleibt, kann man davon ausgehen, dass die bisherigen Impfungen bei Immungesunden weiterhin vor schwerer Erkrankung schützen. Ein besserer Schutz vor Ansteckung könnte ggf. durch den Einsatz mukosaler Impfstoffe erreicht werden.

Öffentlicher Diskurs: Die Bewertung der Corona-Pandemie in der Rückschau hängt stark von individuellen Einstellungen ab: Eine starke Überzeugung vom eigenen Impfstatus geht mit einer starken Erinnerungsverzerrung einher – sowohl für Geimpfte wie Ungeimpfte. Die Bewertung der Pandemiesituation in der Rückschau ist demnach sehr subjektiv und oft stark verzerrt. Auf dieser Basis findet derzeit die Diskussion über die Wirksamkeit und Angemessenheit der Corona-Maßnahmen statt. Es entsteht aus dieser Polarisierung ein Aggressionspotential. Studiendaten über Fallzahlen, den jeweils damaligen Informationsstand oder die Wahrnehmung der Situation durch die Bevölkerung können helfen, die Diskussion zu versachlichen.

TOP 3: Aktuelle Diskussionen zum Ursprung von SARS CoV2

Die Herkunft von SARS-CoV2 kann nicht eindeutig festgestellt werden. Bisherige Sequenzierungen von Genmaterial von Wildtieren – [geschwärzt] – lassen hier auch keine Rückschlüsse auf mögliche Vorgänger- oder Brückenvarianten zu. Es ist lediglich festzustellen, dass die ersten Tiere, bei denen SARS-CoV2 gefunden wurde, Fledermäuse bzw. Marderhunde waren. Marderhunde sind die Basis einer wirtschaftlich relevanten Pelzindustrie. [geschwärzt] Daraus entsteht ein extremes Gefahrenpotential für die Übertragung von Krankheiten aus der Wildtierpopulation in die extrem große Nutztierpopulation – was künftige Übertragungen auf Menschen deutlich wahrscheinlicher macht. [geschwärzt] Gleichzeitig gibt es Anzeichen, die darauf hindeuten, dass zeitgleich zwei verschiedene Stämme des SARS-Cov2 im Herbst 2019 auftraten.

TOP 5 - Rückblick auf die Arbeit des Corona-ExpertInnenrates

Das BKAmt dankt nochmals dem Gremium für die exzellente Arbeit.

TOP 6: Verschiedenes

Keine Punkte.